

Н.В. Тутер, Н.А. Тювина
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Клинико-психофизиологический анализ панических атак у пациентов с различными психическими заболеваниями

В настоящее время стала очевидной несостоятельность одностороннего подхода к изучению панических атак (ПА) с позиции одной специальности — неврологии или психиатрии.

Пациенты и методы. *Обследовано 193 пациента с ПА, среди которых 80 (30 мужчин и 50 женщин, средний возраст $31,5 \pm 9,66$ года) полностью соответствовали критериям включения—исключения. Контрольную группу составили 36 здоровых (16 мужчин и 20 женщин, средний возраст $25,9 \pm 6,73$ года). При изучении ПА мы использовали междисциплинарный подход, объединяющий две парадигмы: неврологическую и психиатрическую.*

Применяли клинический, психологический и нейрофизиологический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. *Показано, что клиническая картина ПА и межприступного периода включает в себя однотипные вегетативные и различные психопатологические проявления, обусловленные разной патогенетической природой. Клинические проявления последних чаще всего соответствуют невротическому расстройству, специфическому расстройству личности и шизотипическому расстройству. Установлено, что каждая группа пациентов с ПА, выделенная по нозологическому принципу, помимо общих проявлений, характеризовалась своим паттерном клинико-психофизиологических характеристик и динамикой ПА. Нарастанию тяжести психопатологических и личностных проявлений ПА в каждой последующей группе соответствовали нейрофизиологические признаки психического заболевания, в картине которого развивается ПА. Определяющим фактором патогенеза и клиники ПА при разных психических заболеваниях являются психодинамические процессы, особенности которых необходимо учитывать при решении диагностических, лечебных, прогностических и экспертных вопросов.*

Ключевые слова: *панические атаки, невротическое расстройство, специфическое расстройство личности, шизотипическое расстройство, диагностика, терапия.*

Контакты: *Нина Валерьевна Тутер ninatuter@pochta.ru*

Clinical and psychophysiological analysis of panic attacks in patients with various mental diseases

N.V. Tuter, N.A. Tyuvina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The fact that the unilateral approach to studying panic attacks (PA) is unsound has presently become evident in the context of one specialty — neurology or psychiatry.

Subjects and methods. *One hundred and ninety-three patients with PA, among whom 80 (30 men and 50 women; mean age 31.5 ± 9.66 years) fully met the inclusion-exclusion criteria, were examined. A control group comprised 36 healthy individuals (16 men and 20 women; mean age 25.9 ± 6.73 years). The interdisciplinary approach integrating two (neurological and psychiatric) paradigms was applied to investigate PA.*

Clinical, psychological, and neurophysiological studies were employed.

Results and discussion. *The clinical picture of PA and an interattack interval was shown to encompass similar autonomic and different psychopathological manifestations caused by varying pathogenic mechanisms. The clinical manifestations of the latter most frequently correspond to neurotic, specific personality, and schizotypal disorders. It was ascertained that each group of patients with PA, which was identified by the nosological principle, was characterized by the pattern of clinical and psychophysiological characteristics and the trend in PA in addition to general manifestations. The neurophysiological signs of mental disease, in whose picture PA developed, corresponded to the progression of psychopathological and personality manifestations of PA in each consecutive group. The determinant of the pathogenesis and clinical presentation of PA in various mental diseases is psychodynamic processes, the specific features of which need to be taken into account when making diagnostic, therapeutic, prognostic, and expert decisions.*

Key words: *panic attacks, neurotic disorder, specific personality disorder, schizotypal disorder, diagnosis, therapy.*

Contact: *Nina Valeryevna Tuter ninatuter@pochta.ru*

Панические атаки (ПА) наблюдаются у 3–6% лиц, обращающихся за первичной медицинской помощью [1]. Широкая распространенность ПА, а также страдание в основном лиц молодого, трудоспособного возраста, их социальная дезадаптация и снижение качества жизни, недостаточная эффективность медикаментозного лечения и боль-

шой процент рецидивов указывают на необходимость дальнейшего изучения патогенеза и методов терапии ПА.

При исследовании ПА использовали междисциплинарный подход, объединяющий две точки зрения на это заболевание: неврологическую, в соответствии с которой основной ПА считается психовегетативный пароксизм, и пси-

хиатрическую — ПА рассматриваются как один из элементов тревожно-фобического расстройства во взаимодействии с основной клинической картиной.

Клиническая картина ПА представляет собой сочетание психических и вегетативных симптомов.

Диагноз ПА ставят на основании критериев, обозначенных в классификациях МКБ-10 и DSM-IV [2].

I. Повторные панические приступы, часто возникающие спонтанно, без видимой причины, непредсказуемо, вне связи со специфическими ситуациями или конкретными объектами, физическим напряжением, опасными и угрожающими жизни ситуациями.

II. Панический приступ имеет следующие характеристики: а) очерченный эпизод интенсивного страха или тревоги; б) внезапное начало; в) достижение максимума в течение нескольких минут и продолжительность также не менее нескольких минут; г) наличие в структуре синдрома не менее 4 из перечисленных ниже симптомов: вегетативные симптомы (усиленное сердцебиение или тахикардия; профузное потоотделение; тремор; сухость во рту не как следствие приема лекарств или жажды; одышка; чувство удушья; боль или неприятные ощущения в груди; тошнота или чувство желудочно-кишечного дискомфорта; приливы жара или холода; парестезии; головокружение, слабость и неуверенность при ходьбе); психические симптомы (симптомы дереализации и деперсонализации; страх потерять над собой контроль, сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок; страх умереть; отчетливый эмоциональный дискомфорт вследствие симптомов тревоги и избегающего поведения, которое осознается больным как нерациональное и неадекватное).

III. Состояние не является следствием соматического расстройства и не соответствует критериям органического психического заболевания.

ПА, возникающие у пациентов с невротическими расстройствами, выделены в МКБ-10 и DSM-IV отдельно как паническое расстройство (ПР). Однако давно известно, что фобический синдром с вегетативными проявлениями (ПА) нередко возникает и при других психических заболеваниях [3–6].

У каждого пациента с ПА, помимо *типичных* симптомов, обозначенных в критериях диагностики, есть *нетипичные* симптомы, не входящие в критерии и определяющие специфику клинического течения и результаты терапии ПА [1, 7–11]. Нетипичные симптомы обусловлены исходным психическим статусом пациента, тем базовым состоянием, в структуре которого развился синдром ПА.

В настоящее время широкое распространение получила синдромальная классификация неврозов, которая нашла отражение в МКБ-10 [2]. В этой классификации расстройства, ранее рассматривавшиеся в рамках неврозов, расположены главным образом в рубриках F40 – F42 (ПР, агорафобия, социальная фобия). Однако дифференциация невротических синдромов сопряжена с некоторыми трудностями, среди которых высокий уровень коморбидности, наблюдающейся при тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах. Так, при обсессивно-компульсивных расстройствах наблюдается коморбидность с фобиями почти в половине случаев (46,5%), а также с ПР (13,8%) (J. Angst, 1993). Более чем у 50% страдающих социальными фобиями отмечается еще одно тревожное расстройство (агорафобия, простая фобия) (J.P. Lepine и A. Pelissolo, 1996, цит. по [5]).

В отечественной психиатрии принят термин «тревожно-фобическое состояние», или «фобический невроз», или «невроз страха», подчеркивающий ведущую роль эмоционально-аффективных расстройств (страх и тревога) [12, 13].

ПА у больных со специфическими расстройствами личности на фоне ананкастической психопатии рассматриваются в современной литературе в аспекте коморбидности патохарактерологических и невротических расстройств (S. Taylor, J. Livesby, 1995, цит. по [5]). На первый план в коморбидных соотношениях может выступать конституционально обусловленная склонность к фиксации некоторых соматогенно или психогенно провоцируемых невротических расстройств с последующим формированием стойких фобий и двигательных навязчивостей. Так, возникший в связи с сосудистым кризом или приступом стенокардии страх, зафиксировавшись, может превратиться в стойкую, продолжающуюся годами кардио- или инсультофобию и т. п. У тревожно-мнительных личностей ПА возникают на фоне соматогенно или психогенно обусловленной декомпенсации. В этом случае к 25–30 годам начинает преобладать тревога по поводу своего здоровья, боязливое самонаблюдение, постоянно возникает опасения тяжелого соматического страдания.

Часто ПА являются первым и единственным проявлением шизотипических расстройств (F21 по МКБ-10) на протяжении длительного периода (от нескольких месяцев до нескольких лет) [2, 5]. Прогрессиентность заболевания на первых этапах проявляется быстрым нарастанием частоты, интенсивности и продолжительности ПА, а также сокращением межприступных промежутков. Среди тревожно-фобических расстройств чаще всего доминируют ПА. Отличительная черта динамики этих псевдоневротических проявлений, выступающих в рамках эндогенного заболевания, на которую указывал еще Ю.В. Каннабих (1935, цит. по [5]), — внезапность манифестации, персистирующее течение. При этом обращает на себя внимание атипичность ПА. Обычно они носят затяжной характер и либо сочетаются с явлениями генерализованной тревоги, страхом потери контроля над собой, сумасшествия, грубыми диссоциативными расстройствами, либо протекают с преобладанием соматовегетативных расстройств (по типу дизестетических кризов) с нарушениями общего чувства тела, ощущением внезапной мышечной слабости, сенестезиями, сенестопатиями. Усложнение картины заболевания проявляется быстрым присоединением агорафобии, сопровождающейся сложной системой защитных ритуалов. Возможна также трансформация отдельных фобий (страх передвижения на транспорте или открытых пространств) в панагорафобию, когда избегающее поведение не только ограничивает передвижение, но и распространяется на любые ситуации, в которых больной может оказаться без помощи (Е.В. Колюцкая, И.Э. Гушанский, 1998, цит. по [5]).

Очевидно, несмотря на кажущееся сходство клинических проявлений при ПА, в каждом конкретном случае есть особенности, не входящие в критерии диагностики, обусловленные исходным психическим статусом пациента. В связи с этим целями настоящего исследования являлись клинико-психофизиологический анализ психических заболеваний, протекающих с ПА, и разработка дифференциально-диагностических критериев ПА и тактики их терапии.

Пациенты и методы. Было обследовано 193 пациента с ПА, среди которых полностью критериям включения и исключения соответствовали 80 (30 мужчин и 50 женщин),

Таблица 1. Частота (в %) вегетативных симптомов во время приступа ПА

Вегетативные симптомы	1-я (невротические расстройства)	Нозологическая группа 2-я (специфические расстройства личности)	3-я (шизотипическое расстройство)
Сердцебиение	98	96	98
Потливость	93	86	90
Чувство жара, холода	86	76	82
Неприятные ощущения в левой половине грудной клетки	82	80	86
Нехватка воздуха	80	86	88
Головокружение	72	78	80
Парестезии	68	80	72
Липотимия	62	70	68

средний возраст – 31,5±9,66 года. Группу контроля составляли 36 здоровых (16 мужчин и 20 женщин), средний возраст – 29,5±6,73 года.

Критерии включения:

- 1) ПА расценивались пациентом как ведущее проявление болезни;
- 2) структура пароксизма соответствовала критериям ПА по МКБ-10 и DSM-IV;
- 3) отмена препаратов не менее чем за 2 нед до начала исследования.

Критерии исключения:

- 1) органическое поражение ЦНС опухолевого, травматического, сосудистого, инфекционного или токсического характера;
- 2) соматические заболевания в стадии обострения;
- 3) психические расстройства психотического уровня.

Для установления нозологического диагноза все пациенты были осмотрены психиатром, в результате чего выделено три группы заболеваний, в рамках которых возникали ПА: 1-я группа – невротики, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 50 пациентов (33 женщины и 17 мужчин, средний возраст – 32±9,63 года). 2-я группа – расстройства личности и поведения у взрослых – 17 больных (7 мужчин и 10 женщин, средний возраст – 32,3±7,55 года). 3-я группа – шизотипическое расстройство – 13 пациентов (6 мужчин и 7 женщин, средний возраст – 31,5±7,63 года).

Использовали клинические, психологические и электрофизиологические методы исследования. Применяли традиционный клинический метод исследования, включавший сбор анамнеза, тщательное соматическое, неврологическое обследование и оценку психического статуса в соответствии с МКБ-10 и DSM-IV. При необходимости дополняли исследование параклиническими лабораторными и инструментальными методами (исследование глазного дна, ЭКГ, рентгенография черепа, электромиография, ультразвуковая доплерография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография).

Психологическое обследование включало: анализ личностных качеств по 16-факторному личностному тесту Р. Кеттелла; клинический анализ профиля личности по ММИЛ (в модификации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошни-

кова); исследование механизмов психологической защиты по опроснику Плутчика – Келлермана–Конте – анализ регуляции личностью эмоций с определенным механизмом психологической защиты (индекс жизненного стиля); анализ манифестации конституционно обусловленной психопатологии во внешнем облике по тесту Л. Сонди (в модификации Л.Н. Собчик). Проводили электрофизиологическое исследование (электроэнцефалографию – ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы – КВП, Р 300, – вызванные кожные симпатические потенциалы).

Статистическую обработку данных осуществляли в программе SPSS, версия 10.0.5. Применяли параметрические и непараметрические методы статистики с использованием критериев Стьюдента, Уилкоксона, Манна–Уитни, корреляционный, факторный и кластерный анализ.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления ПА включают в себя вегетативные и психические симптомы. Вегетативные проявления были однотипными у всех больных с ПА, независимо от нозологической принадлежности, их частота в группах пациентов достоверно не различалась ($p > 0,05$). Наиболее часто встречались кардиальные и респираторные симптомы (табл. 1).

Психопатологические проявления приступа и межприступного периода ПА, а также характеристика личности и отношение к болезни были разными в группах больных.

В 1-й группе (невротические расстройства) ПА в основном отмечались при тревожно-фобических расстройствах (агорафобия, социальная фобия) и тревожных расстройствах, а также при соматоформных и диссоциативных расстройствах [14, 15]. У пациентов этой группы как в приступе, так и в межприступном периоде ведущими были тревожно-фобические симптомы: навязчивые страхи, тревожные опасения приступа, реакция избегания, страх негативной оценки со стороны окружающих, страх неизлечимого заболевания, смерти, сумасшествия, недифференцированная, «свободно плавающая» тревога, вплоть до страха испытать страх. Характерологические особенности личности у пациентов этой группы были в пределах нормы. Они критически относились к своим психопатологическим симптомам, понимали необходимость их устранения, ответственно относились к лечению.

Таблица 2. Показатели теста Кеттелла в разных нозологических группах

Нозологическая группа	Шкалы				
	A	I	L	O	Q4
1-я (невротические расстройства)	6,62±2,24*; **	6,88±2,20*	6,98±2,18*	6,84±2,16*	7,70±1,80*
2-я (специфические расстройства личности)	4,78±1,48	5,89±2,72*	7,50±2,09*	7,61±1,42*	7,77±1,99*
3-я (шизотипические расстройства)	6,22±2,54	7,33±1,41	7,22±1,64*	7,00±2,65*	7,77±2,17*
Здоровые	5,44±1,03	5,19±1,68	4,88±1,09	4,06±1,18	4,63±1,09

Примечание. *— отличия ($p < 0,05$) от нормы (здесь и в табл. 3–5), **— отличия ($p < 0,05$) между 1-й и 2-й группами (здесь и в табл. 3).

У пациентов 2-й группы со специфическими расстройствами личности, помимо тревожно-фобических проявлений, клиническую картину ПА формировали специфические личностные расстройства (истерические, психастенические, ананкастные). ПА в этом случае чаще развивались при эмоционально неустойчивом, обсессивно-компульсивном, истерическом, тревожном расстройствах личности, но, как и при неврозах, на практике достоверно часто встречались сочетания характерологических особенностей, относящиеся к различным видам расстройств личности [2]. Ведущими клиническими симптомами в этой группе ПА являются конституционно обусловленная эмоциональная неустойчивость, тревожность, мнительность, нерешительность. У пациентов со специфическими расстройствами личности имели место характерологические особенности психопатической личности, следствием чего было нарушение осознания болезни и поведения. В отличие от больных неврозами, критически относящихся к своим психопатологическим симптомам, пациенты с психопатиями свои патологические особенности считали нормой и даже похвальной стороной личности.

В 3-й группе (шизотипические расстройства) клиническая картина ПА характеризовалась тревожно-фобическими симптомами, дефектом личности различной степени выраженности и другими проявлениями самого шизотипического расстройства.

Пациентам с шизотипическим расстройством личности были свойственны: вычурность жалоб, сенестопатии, эмоциональная уплощенность, агрессивность, амбивалентность,

амбитендентность, дереализация, деперсонализация. Наряду с типичными, описанными в критериях диагностики ПА, предъявлялись нетипичные жалобы: «сердце скрипит, когда бьется», «чувствуется, как кровь переливается из предсердий в желудочки», «пища в кишечнике сбивается в ком», «в голове трещат кости». У пациентов с ПА при шизотипическом расстройстве патология личности была обусловлена основным заболеванием с соответствующими негативными расстройствами и нарушениями мышления, в результате чего возникали сверхценные идеи относительно состояния своего здоровья и своя концепция болезни. Больные концентрировались на телесных ощущениях, требовали соматического обследования и лечения, но вместе с тем с большим подозрением относились к лечебным и диагностическим процедурам.

Таким образом, у пациентов с ПА в каждой последующей, выделенной по нозологическому принципу, группе происходило нарастание тяжести психопатологических симптомов и расстройств личности, что нарушало поведение в болезни и затрудняло терапию.

Своеобразие клинических особенностей больных с ПА в трех выделенных группах подтверждено результатами психологических исследований. При сравнительном анализе результатов теста Кеттелла в норме и при ПА обнаружены достоверные различия по шкалам A, I, L, O и Q4 (табл. 2). Во всех группах ПА были высокие показатели по шкалам L, O, Q4 (недоверие, тревога, фрустрация), что является отражением тревожно-фобического синдрома. В группе невротических расстройств и специфических расстройств личности, помимо указанных, увеличены показатели шкал общения (A) и эмо-

циональности (I), причем показатели шкалы A у больных 1-й (невротические расстройства) группы достоверно превышают не только контрольные, но и показатели у пациентов 2-й группы со специфическими расстройствами личности, что указывает на сохранность эмоциональной сферы.

Сравнительный анализ результатов теста ММИЛ (рис. 1, табл. 3) в норме и при ПА обнаружил достоверные различия по шкалам F, K, 1, 3, 7 во всех группах, что указывает на оценку ситуации как «критическая», пессимистический настрой, тревогу, фиксацию на соматических ощущениях и потребность в заботе и внимании. У больных 1-й и 2-й групп было получено значительно больше досто-

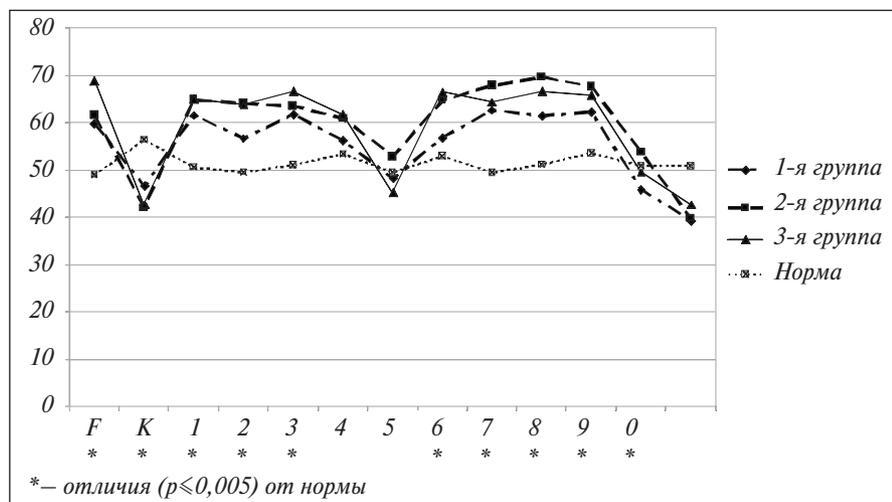


Рис. 1. Показатели теста ММИЛ в разных нозологических группах и в норме

Таблица 3. Показатели теста ММИЛ в разных нозологических группах

Нозологическая группа	Шкалы									
	F	K	1	2	3	6	7	8	9	0
1-я (невротические расстройства)	59,78±12,63*	46,54±10,27*	61,56±14,99*	56,66±13,17*	61,80±13,17*	56,86±13,59*	62,66±14,54*	61,46±16,99*	62,26±10,89	45,88±11,25*
2-я (специфические расстройства личности)	61,63±9,36*	42,00±13,11*	64,83±16,79*	64,06±15,64*	63,56±11,90*	64,72±15,24*	67,88±14,92*	69,67±19,24*	67,67±13,72*	53,78±10,75
3-я (шизотипическое расстройство)	68,89±6,37*, **	42,67±8,35*	65,00±8,23*	63,78±15,26	66,56±8,23*	66,44±21,09	64,33±13,64*	66,56±17,71	65,78±15,06	49,56±4,67
Здоровые	48,94±13,08	46,98±10,96	50,56±4,34	49,50±4,49	51,00±3,91	52,93±4,78	49,43±6,16	51,13±5,32	53,56±4,94	50,81±3,51

Таблица 4. Показатели теста Плутчика – Келлермана – Конте в разных нозологических группах

Нозологическая группа	Психологическая защита						
	вытеснение	репрессия	замещение	отрицание	проекция	компенсация	гиперкомпенсация
1-я (невротические расстройства)	27,41±19,73*	33,04±18,96*	22,22±17,39*	31,80±23,07*	44,39±27,87*	30,74±17,96*	19,52±14,54*
2-я (специфические расстройства личности)	25,00±12,86*	48,29±12,57*	35,57±18,23*	42,64±19,04*	52,64±25,32*	47,86±18,06*	35,00±18,29*
3-я (шизотипическое расстройство)	28,25±13,02*	52,50±18,92*	23,75±14,07	23,75±10,74	42,63±18,02*	33,76±15,06*	27,50±13,89*
Здоровые	10,00±8,16	9,71±8,75	8,13±8,34	11,27±11,67	13,08±9,16	9,37±11,24	9,38±9,28

Таблица 5. Показатели теста «Индекс жизненного стиля» в разных нозологических группах

Нозологическая группа	Диспозиция							
	мания	истерия	агрессия	психопатия	депрессия	паранойя	пассивная	обсессивная
1-я (невротические расстройства)	31,69±17,38	30,99±18,71*	38,52±20,47*	37,60±18,99*	50,76±27,01*	31,78±20,09*	37,59±17,09*	23,13±16,61*
2-я (специфические расстройства личности)	37,81±14,83*	31,94±15,82*	47,61±13,39*	40,83±24,66*	61,08±20,74*	42,92±18,95*	47,21±17,88*	30,83±16,76*
3-я (шизотипическое расстройство)	23,08±12,34	28,13±14,73	57,88±20,78*	40,00±27,25	42,31±18,39*	31,72±11,94*	42,30±13,03*	21,25±11,56
Здоровые	20,67±13,09	16,15±11,17	15,62±9,12	11,87±11,67	11,06±10,12	9,58±9,89	18,75±11,18	11,25±10,24

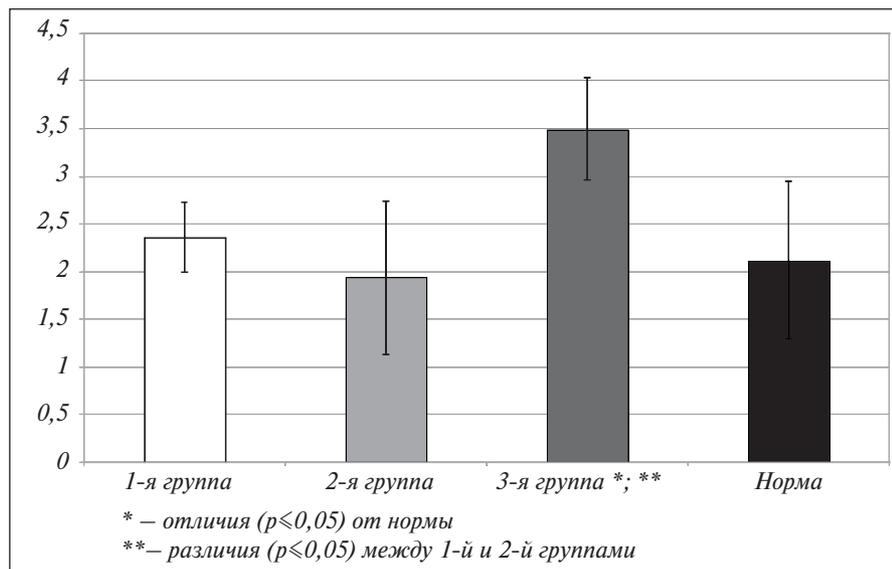


Рис. 2. Показатели теста Сонди, фактор S, в разных нозологических группах и в норме

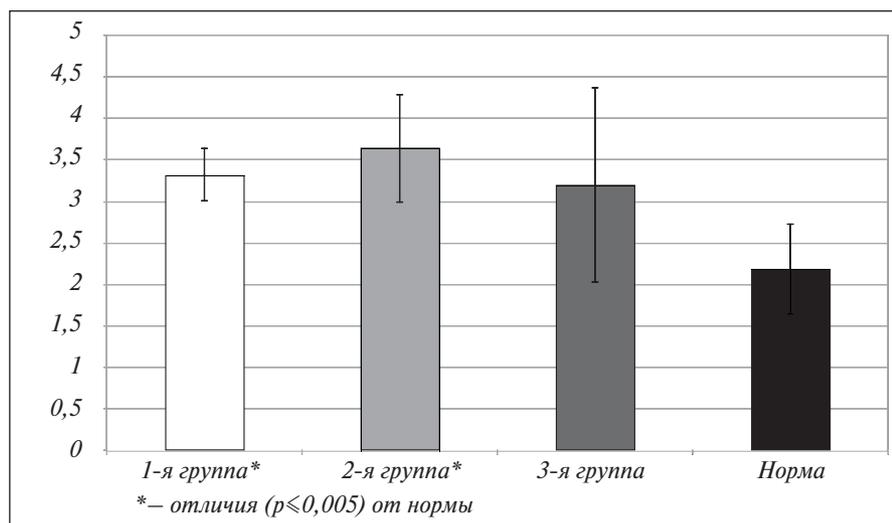


Рис. 3. Показатели теста Сонди, фактор M, в разных нозологических группах и в норме

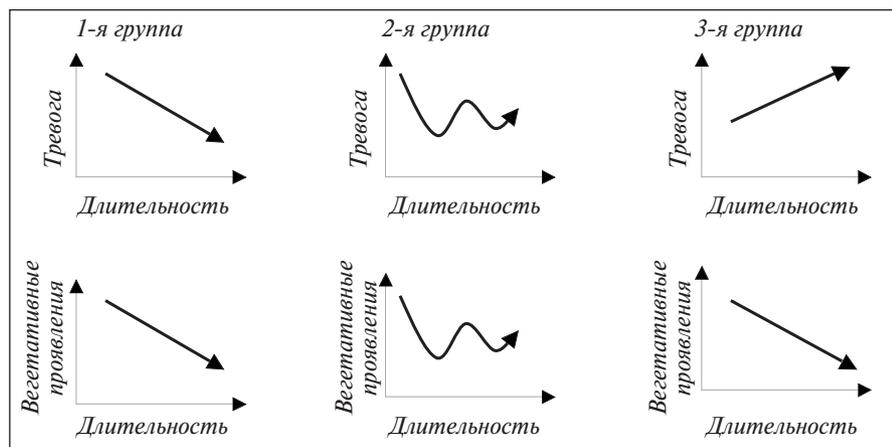


Рис. 4. Характер течения ПА в разных нозологических группах

верных результатов, чем у пациентов 3-й, имел место подъем по шкалам депрессии (2), ригидности аффекта (6), нестандартности мышления (8), гипомании (9) и интроверсии (0). Невротических пациентов отличает стремление к межличностным контактам, интерес к людям, эмоциональная отзывчивость (снижения по шкале 0). В 3-й группе (шизотипические расстройства) состояние соматического здоровья больные расценивали как «катастрофическое» (показатели по шкале F превышали таковые не только в группе контроля, но и в 1-й группе).

Сравнительное исследование психологической защиты в норме и при ПА показало, что все пациенты использовали незрелую защиту (регрессия) и более зрелую: вытеснение, проекция, компенсация и гиперкомпенсация (табл. 4). Существует напряженность психологической защиты (сумма всех защит превышает 45%). В 1-й и 2-й группах (невротические расстройства и специфические расстройства личности) больные использовали больше защит, чем в шизотипической группе (достоверные различия по таким показателям, как замещение и отрицание, что подтверждает наличие дефекта личности у пациентов 3-й группы).

По результатам теста «Индекс жизненного стиля», который показывает взаимосвязь между различными уровнями эмоций и механизмами психологической защиты, получено достоверное повышение по агрессивной, депрессивной, параноидной и пассивной диспозициям во всех группах ПА (табл. 5). В группе невротических расстройств повышены диспозиции истерии и психопатии, а в группе со специфическими расстройствами личности – диспозиции мании, психопатии и обсессии. Особенно высокая агрессия была у пациентов с шизотипическим расстройством, а депрессия – у больных с личностными расстройствами, что подтверждает описанные выше клинические особенности выделенных групп.

Тест конституционно обусловленной психопатологии во внешнем облике исследует бессознательные психологические проблемы. У пациентов с ПА получены немногочисленные, но очень важные достоверные результаты, отражающие глубин-

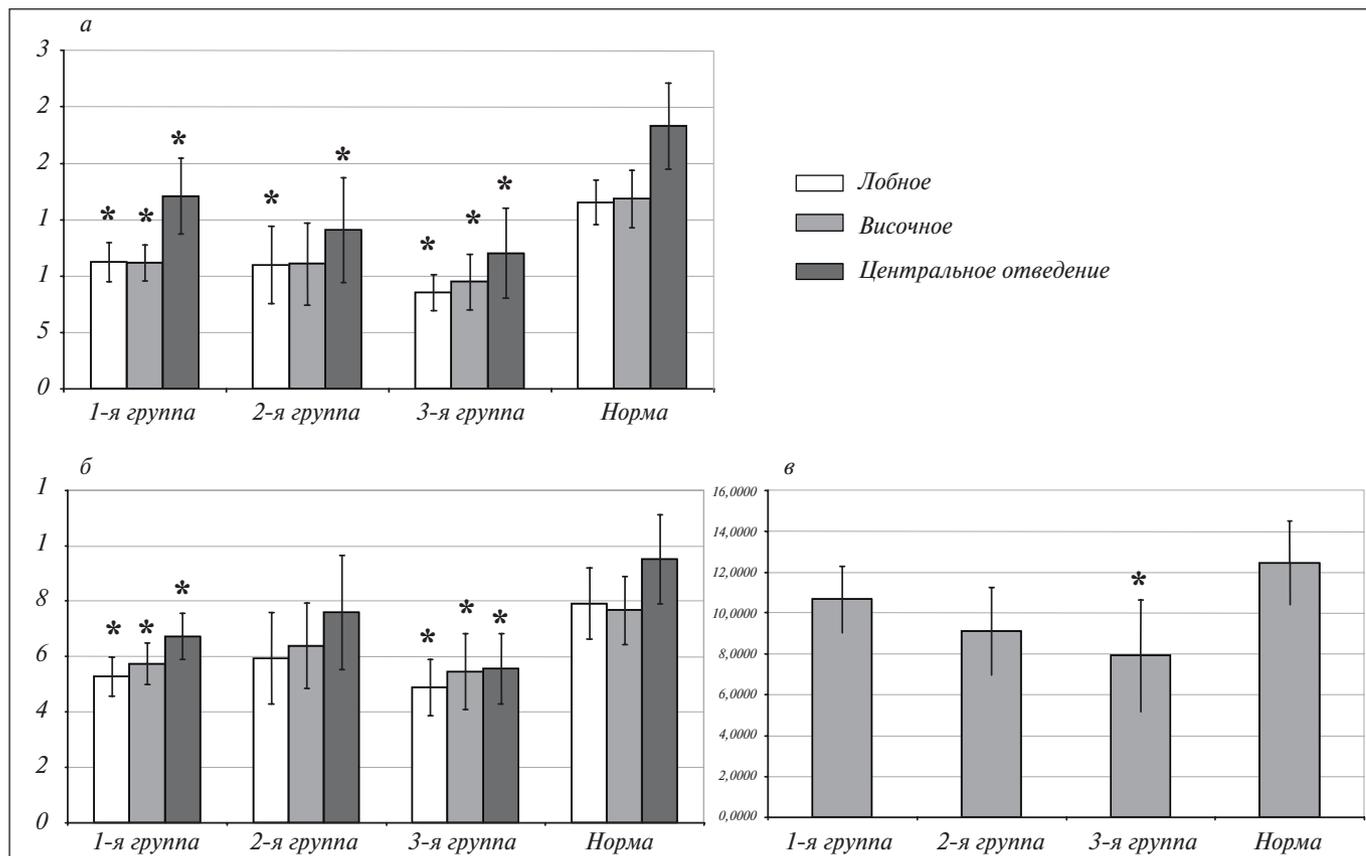


Рис. 5. Результаты исследования ЭЭГ в разных нозологических группах и в норме. а – спектральная мощность α-ритма (мкВз/Гц) в левом полушарии; б – спектральная мощность β-диапазона (мкВз/Гц) в левом полушарии; в – спектральная мощность θ-ритма (мкВз/Гц) в левой височной области. * – отличия ($p < 0,05$) от нормы

ную психологию. Рамки статьи не позволяют отобразить всю структуру теста, и мы вынуждены фрагментарно изложить наиболее важные для нашего исследования положения. Было показано достоверное увеличение фактора S (садизм, агрессия), вектора S (сексуальное влечение) у больных 3-й группы с шизотипическими расстройствами по сравнению с пациентами остальных групп (рис. 2). Такая выраженная агрессия вызывает деструкцию личности, так как на сдерживание ее тратится много энергии. При отсутствии адекватного канала выхода накопившейся агрессии она переходит в аутоагрессию, что, возможно, проявляется в виде ПА [16].

У больных 1-й и 2-й групп ПА в структуре невротических расстройств и специфических расстройств личности получено достоверное увеличение фактора М (привязанность к объекту) вектора С (влечение к контактам; рис. 3). Полученные результаты указывают на выраженную симбиотическую связь с объектом привязанности (матерью) у пациентов этих групп [9, 16]. Любая попытка нарушить эту связь бессознательно расценивается как угроза жизни. Панический пароксизм гонит пациента к объекту его симбиотической связи, в результате чего снижается уровень тревоги. Таким образом, мы видим, что в основе ПА в разных нозологических группах лежат различные глубинные психологические механизмы.

Тревожно-фобический синдром, имеющий разную патогенетическую природу, определяет характер течения ПА при разных нозологических формах (рис. 4). Так, устра-

нение тревоги у пациентов с невротическими расстройствами вызывает регресс вегетативной симптоматики.

У пациентов со специфическими расстройствами личности психопатические особенности препятствуют эффективному устранению тревоги, способствуют ее возврату. Вегетативные проявления в этом случае подвержены тем же колебаниям, что и тревожно-фобические.

В группе с шизотипическими расстройствами по мере прогрессирования основного заболевания тревожно-фобический синдром нарастает, психогенная тревога переходит в эндогенную. Вегетативные проявления при этом могут полностью регрессировать, но остается тревожное ожидание приступа. Таким образом, динамика ПА зависит от характера и типа течения психопатологических расстройств.

Исследование биоэлектрической активности мозга с помощью ЭЭГ показало во всех группах больных с ПА снижение спектральной мощности α-ритма по сравнению с нормой в лобных, височных и центральных отведениях с двух сторон с сохранением градиента распределения убывания α-ритма от затылка ко лбу (рис. 5). Наибольшее снижение спектральной мощности α-ритма было у пациентов с шизотипическим расстройством. Спектральная мощность β-ритма была достоверно снижена в группах с невротическими и шизотипическим расстройствами. Спектральная мощность θ-ритма была достоверно снижена только в группе с шизотипическим расстройством. Общая спектральная мощность в лобных, височных и центральных отведениях, а также процентное содержа-

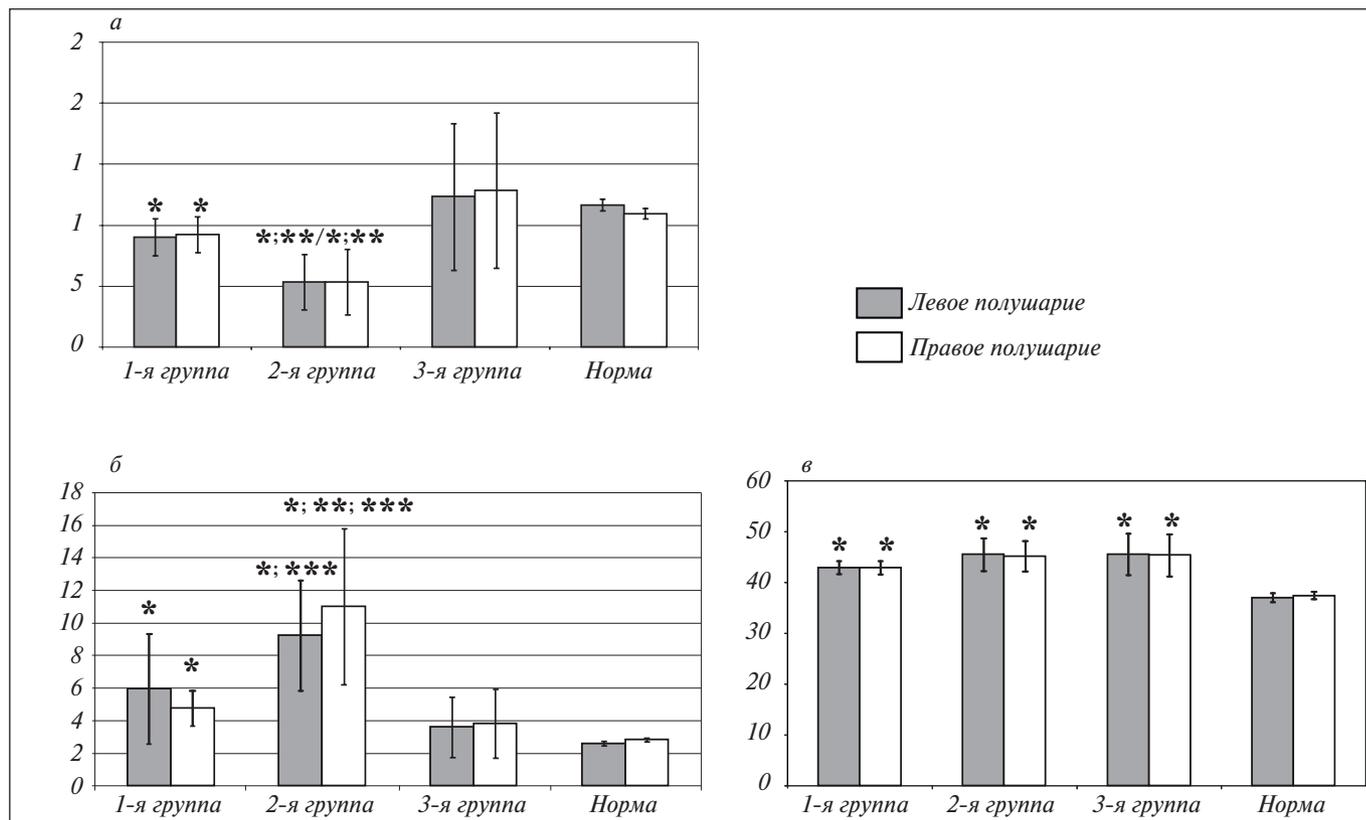


Рис. 6. Результаты исследования КВП в разных нозологических группах и в норме. а – амплитуда КВП (мкВ); б – ИКН; в – длительность ответа на незначимый и значимый стимул (мс)

* – отличия ($p \leq 0,005$) от нормы; ** – отличия ($p \leq 0,05$) от 1-й группы; *** – отличия ($p \leq 0,05$) от 3-й группы

ние α -ритма в передних лобных и лобных отведениях с двух сторон были снижены у всех пациентов с ПА.

Таким образом, неспецифическими изменениями биоэлектрической активности мозга у всех пациентов с ПА являются снижение общей спектральной мощности, спектральной мощности α -ритма и его выраженности на ЭЭГ. Наиболее грубые изменения биоэлектрической активности мозга выявлены у пациентов с ПА в структуре шизотипического расстройства (снижение спектральной мощности быстрых, средних и медленных ритмов), что указывает на избыточную активацию активирующих систем мозга и соответствует тяжести психопатологических и личностных расстройств в клинической картине заболевания [17–19].

Результаты исследования КВП показали, что амплитуда пика Р 300 была достоверно снижена в обоих полушариях у пациентов с ПА, возникших в структуре невроза и специфических расстройств личности (рис. 6). Наиболее выраженные изменения амплитуды Р 300 были у больных 2-й группы со специфическими расстройствами личности. Индекс когнитивных нарушений (ИКН; отношение латентный период/амплитуда) также оказался наиболее изменен у пациентов со специфическими расстройствами личности. В этой группе значение ИКН, особенно в правом полушарии, достоверно превышало значение этого показателя в других группах. Суммарная длительность сенсорной и когнитивной частей ответа Р 300 (длительность ответа на незначимый и значимый стимулы) была достоверно увеличена по сравнению с нормой у всех пациентов с ПА. Наиболее выраженные изменения КВП наблюдались в группе со специ-

фическими расстройствами личности, умеренные – в группе ПА с невротическими расстройствами [19–21].

Таким образом, особенности клинических проявлений ПА обусловлены нозологической природой психических нарушений. Среди них следует выделять невротические, личностные и шизотипические расстройства, что определяет терапевтическую эффективность, а также общий прогноз ПА. Вегетативные симптомы являются одними из ведущих проявлений ПА. Характер и выраженность вегетативных симптомов не зависят от нозологической принадлежности психического заболевания и носят неспецифический по отношению к этиологии характер. Общими клинко-патогенетическими факторами ПА во всех группах больных являются тревога и страх, соматизация тревоги, напряженность всех видов психологической защиты. При всех рассматриваемых заболеваниях на ЭЭГ имеет место снижение спектральной мощности α -ритма и общей спектральной мощности, что говорит об усилении функциональной активности стволовых активирующих структур. В то же время каждая группа пациентов, выделенная по нозологическому принципу, помимо общих проявлений, характеризовалась собственным паттерном психофизиологических нарушений. По мере нарастания тяжести психических нарушений отмечено расширение спектра вовлекаемых ритмов на ЭЭГ, что позволяет говорить о наличии параллелизма между глубиной психических расстройств и степенью нарушений биоэлектрической активности мозга. Результаты исследования когнитивных функций также достоверно отличались в каждой из выделенных групп, что указывает на решающее значение пато-

логии психической сферы в генезе выявленных психофизиологических, в том числе психовегетативных, расстройств. Наиболее близкими к нормальным показателям были психические и электрофизиологические (ЭЭГ, Р 300) параметры в группе пациентов с невротическими расстройствами. Здесь психопатологическая симптоматика имеет относительно простую структуру в виде тревожно-фобического синдрома, устранение которого приводило к стойкому купированию ПА. Более выраженные отклонения в психической сфере, а также при регистрации ЭЭГ и КВП выявлены у пациентов с личностными и шизотипическими расстройствами. При специфических расстройствах личности психопатологический синдром имеет более сложную структуру, поэтому преодоление его тревожно-фобического компонента в данном случае было недостаточным для полного устранения ПА, так как специфические черты личности пациентов являются фактором, поддерживающим персистирующее течение ПА. При шизотипических расстройствах по мере прогрессирования основного заболевания наблюдалось ха-

рактерное нарастание тревожно-фобических проявлений с регрессом вегетативных симптомов. Нарастание психопатологической симптоматики от невротической группы к группе с шизотипическими расстройствами не только сопровождалось более выраженными и экстенсивными электрофизиологическими отклонениями, но и значительно утяжеляло течение и прогноз ПА. Определяющим фактором патогенеза и клинической картины ПА являются глубинные психологические механизмы, имеющие особенности при разных психических заболеваниях. Психологическая и психиатрическая оценка психического статуса имеет, следовательно, приоритетное значение для выбора терапевтической тактики и определения прогноза течения ПА.

Полученные результаты могут служить основанием для создания оптимизированной стратегии и тактики психофармакологического лечения и разработки специализированных программ психотерапевтического воздействия на пациентов, страдающих ПА в картине различных психических заболеваний.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Воробьева О.В. Общие церебральные механизмы развития пароксизмальных эпилептических и неэпилептических расстройств. Дис. ... докт. мед. наук. М., 2001.
2. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997; 164–282.
3. Давиденков С.Н. Неврозы. Л.: Медгиз, 1963; 271 с.
4. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. М.: Медицина, 1971; 356 с.
5. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Т.1. М.: Медицина, 1999; 705 с.
6. Viaud-Delmon I., Warusfel O., Seguelas A. et al. High sensitivity to multisensory conflicts in agoraphobia exhibited by virtual reality. Eur Psychiatry 2006; 21(7):501–8.
7. Данилов А.Б. Сегментарные вегетативные механизмы в патогенезе и синдромообразовании психовегетативных пароксизмальных расстройств. Дис. ... докт. мед. наук. М., 1994.
8. Aronson T.A., Vague C.I. Phenomenology of panic attacks: descriptive study of panic disorders patient self-reports. Clin Psychiatry 1988; 49(1):8–13.
9. Klein D.F. The delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology 1964; 5:397–408.
10. Kushner M.G., Beitman B.D. Panic attacks without fear: an overview. Behav Res Ther 1990; 28(6):469–79.
11. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. и др. Панические атаки. СПб.: Ин-т мед. маркетинга, 1997; 304 с.
12. Горшков И.В., Горинов В.В. Расстройство личности и агрессия. Рос психiatr журн 1998; 5:68–73.
13. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980; 448 с.
14. Егоров Б.Е., Тутер Н.В. и др. Классика русского психоанализа и психотерапии. М.: Изд-во СИП РИА, 2004; 400 с.
15. Аведисова А.С. Особенности психофармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами. Дис. ... докт. мед. наук. М., 1999.
16. Shear M.K., Cooper A.M., Klerman G.L. et al. A psychodynamic model of panic disorder. Am J Psychiatry 1993; 150(6):859–66.
17. Гнездицкий В.В., Генрих Е.Е., Киликоский В.В. и др. Построение решающего правила для оценки риска вегетативных пароксизмов по данным кожно-симпатических вызванных потенциалов. Клини информатика и телемед 2004; 2.
18. Тутер Н.В., Гнездицкий В.В. Компрессионно-спектральный анализ ЭЭГ при панических расстройствах, возникающих у пациентов с различными психическими заболеваниями. Журн неврол и психiatr им. С.С. Корсакова 2008; 3:53–61.
19. Орлова В.А., Савина Т.Д., Трубников В.И. и др. Структурные особенности мозга (по данным МРТ) и их функциональные связи в семьях больных шизофренией. Рос психiatr журн 1998; 6:48–56.
20. Charney D.S. Related Articles, Links Neuroanatomical circuits modulating fear and anxiety behaviors. Acta Psychiatr Scand 2003; (Suppl.) 417:38–50.
21. Ghisolfi E.S., Heldt E., Zanardo A.P. et al. Links P50 sensory gating in panic disorder. J Psychiatr Res 2006; 40(6):535–40.

П Р А В И Л А Д Л Я А В Т О Р О В

Журнал «НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОПСИХИАТРИЯ, ПСИХОСОМАТИКА» приглашает авторов к активному сотрудничеству.

Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.

- 1** Статьи, направляемые в журнал, должны быть представлены в электронном виде с распечаткой на бумаге. Рукопись печатается на одной стороне листа шрифтом 14 через 1,5 интервала, с полями не менее 2 см (приблизительно 1800 знаков на странице).
- 2** Рукопись должна включать в себя: резюме и ключевые слова, текст, таблицы и рисунки с подписями, список литературы. После названия статьи указываются фамилия и инициалы каждого автора и учреждение, электронный адрес автора, ответственного за переписку; в конце статьи — телефоны авторов.
- 3** Для всех статей обязательно резюме на русском языке и 3–5 ключевых слов для перевода (в целом — не более 250 слов). Для оригинальных исследований резюме структурированное: цель исследования; материал и методы; результаты исследования; заключение.

4 Ссылки на литературу нумеруются последовательно, в порядке упоминания в тексте и обозначаются арабскими цифрами в квадратных скобках.

5 Фотографии должны быть в оригинале или в электронном виде в формате tiff с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).

6 Графики, схемы и рисунки должны быть представлены в формате Adobe Illustrator (**но не MS PowerPoint или MS Excel**).

7 К рукописи должно быть приложено сопроводительное письмо на имя главного редактора, в котором обязательно указывается, что статья ранее не была опубликована и не направлена одновременно в другой журнал; что все авторы ее одобрили и способны подтвердить достоверность представленных данных.

8 Все статьи, присланные в журнал, подвергаются рецензированию.

Статьи следует направлять по e-mail: info@ima-press.net или по адресу: **123104, Москва, а/я 68,**

Издательство «ИМА-ПРЕСС». Телефон редакции: **(495) 941-99-61.**